

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 101

Du Curettage Instrumental

DANS L'INFECTION POST-ABORTIVE

Par rétention placentaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Mai 1907.

PAR

Jean-Charles DUPOUY

Né à Pissos (Landes), le 22 Janvier 1881

Interne provisoire des Hôpitaux
Lauréat des Hôpitaux

Examineurs de la Thèse	{	MM. LEFOUR, professeur.....	Président
		DEMONS, professeur	Juges.
		FIEUX, agrégé.....	
		ANDÉRODIAS, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 101

Du Curettage Instrumental

DANS L'INFECTION POST-ABORTIVE

Par rétention placentaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Mai 1907.

PAR

Jean-Charles DUPOUY

Né à Pissos (Landes), le 22 Janvier 1881

Interne provisoire des Hôpitaux
Lauréat des Hôpitaux

Examineurs de la Thèse

{	MM. LEFOUR, professeur.....	Président
	DEMONS, professeur.....	Juges.
	FIEUX, agrégé.....	
	ANDÉRODIAS, agrégé.....	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.**

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.	MM.
Clinique interne..... { PICOT.	Chimie..... BLAREZ.
Clinique externe..... { PITRES.	Histoire naturelle..... GUILLAUD.
Pathologie et thérapeu- { DEMONS.	Pharmacie..... DUPOUY.
tique générales..... { LANELONGUE.	Matière médicale..... DE NABIAS.
Thérapeutique..... { VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale FERRE.
Médecine opératoire.. { MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi- que..... BADAL.
Clinique d'accouchements VILLAR.	Clinique chirurgicale in- fan tile et Orthopédie. DENUCÉ
Anatomie pathologique..... COYNE.	Clinique gynécologique. BOURSIER.
Anatomie..... CANNIEU.	Clinique médicale des maladies des enfants. MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie..... VIAULT.	Chimie biologique..... DENIGES.
Physiologie..... JOLYET.	Physique pharmaceuti- que..... SIGALAS.
Hygiène..... LAYET.	Pathologie exotique.... LE DANTEC.
Médecine légale..... LANDE.	
Physique biologique et électricité médicale. BERGONIÉ.	

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. | MM. VERGER.
MONGOUR. ABADIE.
CABANNES.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... { MM. CHAVANNAZ.	Accouchements..... { MM. FIEUX.
BEGOUIN.	ANDÉRODIAS
VENOT.	

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENTES.	Physiologie..... MM. GAUTRELET
CAVALIÉ.	Histoire naturelle.... BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1873, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND' MÈRE

A MON PERE, A MA MÈRE

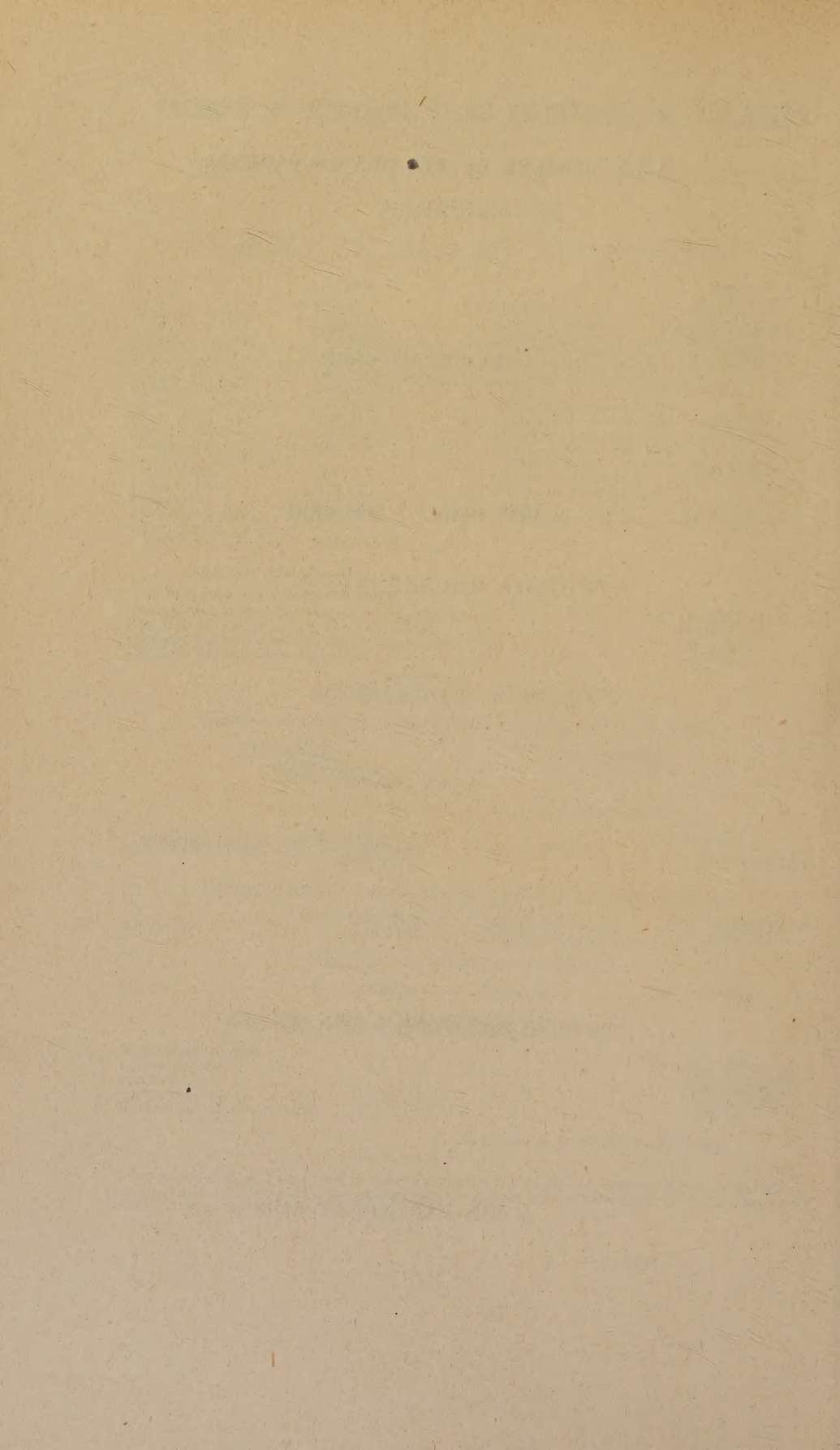
Témoignage trop faible
d'une reconnaissance sans bornes.

A MA SOEUR

En témoignage de notre affection.

A MA TANTE ET A MES ONCLES

A MES PARENTS ET AMIS



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEFOUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à suivre la tradition, qui nous permet de remercier tous nos Maîtres de la Faculté.

M. le professeur Boursier et M. le professeur agrégé Chavannaz ont été les premiers qui nous ont initié aux difficultés de la chirurgie. M. le professeur Arnozan nous a inculqué les premières notions de médecine ; nous ne saurions trop le remercier de s'être mis bien souvent à portée de nos faibles connaissances de débutant, facilitant ainsi notre tâche pour la suite de nos études. M. le docteur Cassaët aussi a contribué à étendre nos connaissances médicales.

Nous remercions M. le Docteur Princeteau de nous avoir si aimablement accueilli dans son service, et de nous avoir fait largement profiter de son enseignement : nous avons en effet passé dans son service toute une année en qualité d'externe ; nous y sommes revenu deux ans plus tard pour y remplir durant quelques mois les fonctions d'interne.

Comme externe, nous avons pu suivre les leçons cliniques si complètes et si pleines de sens pratique de M. le Professeur Picot.

Dans le cours de notre cinquième année, nous avons, à titre d'interne provisoire, suivi les cliniques de M. le Professeur Pitres ; nous avons même eu l'occasion de remplir dans son service, trop peu il est vrai, les fonctions d'interne. Qu'il nous permette de le remercier ici et de son enseignement et de sa bienveillance en plusieurs circonstances.

Nous garderons le meilleur souvenir des cinq mois que nous avons passés dans le service des Pansements externes, où nous remplissions les fonctions d'interne. Nous ne saurions trop remercier M. le Docteur Codet-Boisse de l'amabilité, j'allais dire de la camaraderie, avec laquelle il nous y a accueilli.

Nous tenons encore à remercier MM. les Professeurs agrégés Abadie et Fieux, et à exprimer notre sympathie à M. le Professeur agrégé Gentes.

M. le Docteur Guyot a pendant deux années consécutives dirigé les conférences que nous avons suivies pour le concours de l'internat. Qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements, tant pour la peine qu'il s'est donnée, que pour l'intérêt qu'il nous a manifesté.

Enfin M. le Professeur Lefour, après nous avoir enseigné l'art de l'obstétrique, a bien voulu nous suggérer l'idée de notre travail. Il met le comble à notre gratitude, en acceptant la présidence de notre thèse.

Il nous reste encore des dettes de reconnaissance à acquitter vis-à-vis d'un précieux noyau landais, qui, resté longtemps intact, va se dissoudre en bloc: nous avons nommé les Docteurs François Lescouzères, Maurice Lemée, Maurice Pallu, avec en plus un prématuré: le Docteur Alphonse Gachet.

INTRODUCTION

S'il est en médecine une question controversée, c'est assurément celle de savoir comment il convient d'intervenir dans le cas suivant :

Une femme a avorté, et, par avortement, nous entendons l'expulsion du fœtus dans les six premiers mois de la grossesse. Il y a chez elle rétention des annexes du fœtus. A un moment donné se déclarent des signes d'infection : maux de tête, langue sèche, surtout élévation plus ou moins considérable de la température, frissons, fétidité des lochies.

Que faire ? Tous les médecins sont actuellement d'accord sur un premier point : il faut intervenir. Mais ils ne le sont plus sur un second : comment faut-il intervenir ?

Les médecins se divisent sur ce dernier point en deux camps nettement distincts : nous employons le doigt sans la curette, disent les uns : nous employons la curette sans le doigt, disent les autres.

Sur les indications de M. le professeur Lefour, nous avons cru qu'il serait intéressant : d'une part de noter l'évolution de la question ; d'autre part de constater les résultats obtenus par le curettage instrumental, tel qu'il est pratiqué à la clinique obstétricale de Bordeaux, depuis que M. le professeur Lefour la dirige, c'est-à-dire depuis 1899.

Au moment où nous avons entrepris ce travail, nous avions l'intention d'envisager le traitement de toutes les complications de l'avortement. Nous aurions eu, dans ces con-

dilions, un nombre beaucoup plus considérable d'observations de curetage. Mais les circonstances ont fait que nous avons dû nous borner à la question d'intervention dans le cas d'infection post-abortive, qui est en somme celle que les auteurs ont le plus envisagée et le plus attaquée.

CHAPITRE I

Historique

La question d'intervention dans le traitement des complications septiques, consécutives à la rétention placentaire post-abortive, a donné lieu à des débats nombreux et passionnés dans la littérature médicale. C'est un véritable duel, où, tour à tour, des arguments contraires sont fournis par les combattants, qui, se retranchant dans leurs cantonnements respectifs, ne peuvent arriver à une entente.

Nous allons voir quelles ont été successivement les idées émises sur cette question. Nous passerons rapidement sur les opinions des anciens auteurs, car cette partie de l'histoire a été déjà fait au complet dans quelques thèses, en particulier dans celles de Genesteix en 1885-86, et Audebert en 1889-90. Nous insisterons sur les opinions émises depuis 1890, cherchant à mettre en relief les idées les plus récentes.

Hippocrate était interventionniste, et, comme il ne possédait pas d'instrumentation délicate, il employait les moyens les plus bizarres : la main, des crochets, même des poids étaient employés par lui pour l'extraction des annexes.

Celse et Galien agissaient de même.

Puis, vint la réaction avec Ambroise Paré, qui, devant les résultats peu encourageants que devaient obtenir ses devanciers avec leurs procédés primitifs, conseilla les injections émollientes.

Comme lui, Mauriceau se contente « de faire des injections dans la cavité utérine pour la débarrasser des portions d'arrière-faix qui y veulent rester après les fausses couches ».

M^{me} Lachapelle s'élève contre les instruments: « Quant à l'extraction forcée du placenta, et aux instruments conseillés dans cette vue, comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi, que je regarde comme impossible dans le cas d'occlusion complète du col, comme inutile dès que le col est ouvert, et comme toujours dangereux. »

A l'étranger, dès 1845, l'intervention devient très en vogue. Osiander, Kehrer, Veit surtout, sont partisans de l'intervention, à tel point que le Professeur Pajot disait: « Il faut que les matrices allemandes soient bien complaisantes pour résister à un pareil traitement ». Il en est de même de Fehling, Boeters. Munde, Scanzoni, Moser, Priestley, Martinow.

Déjà, en 1846, Récamier avait inventé sa curette. Mais en France, ce n'est que quelques années plus tard qu'un changement d'opinion se fit en faveur de la curette.

Ebstein Félix en 1872, dans sa thèse, se déclare partisan de l'intervention dès que surviennent des accidents. Mais, il a plus de confiance au curage digital et ne préconise la curette que si les doigts sont insuffisants.

De 1883 à 1886 paraissent quelques thèses, exprimant des opinions contraires. Rambaud Louis dit n'admettre l'intervention que s'il y a des accidents infectieux: « L'infection putride indique qu'il faut intervenir..... S'il y a le moindre indice de péril il faut dilater le col pour laisser passer les instruments et enlever le placenta à l'aide de la curette de M. Pajot. »

Déjà dans son traité d'accouchements de 1883, Charpentier s'était montré partisan de l'intervention instrumentale.

Adriet P. considère « le grattage de l'utérus comme une opération bénigne », tandis que Genesteix soutient une thèse inverse; il se déclare partisan de la méthode d'expectation. Il craint la perforation utérine et l'hémorrhagie avec la curette: « Dans tous les cas, hémorrhagie et perforation,

ces deux résultats si immédiats du curettage, doivent faire dresser l'oreille à tout praticien prudent, et ce n'est qu'avec terreur que, pour la première fois, on doit porter un instrument aussi dangereux dans un organe aussi susceptible ».

Gerbaud, dans sa thèse d'agrégation, attaque lui aussi le curettage qu'il ne peut admettre. « C'est une opération tellement dangereuse, que nous n'oserions jamais tenter actuellement de faire le curage de l'utérus. Nous condamnons l'intervention, car si les partisans cachent si soigneusement les décès, c'est qu'ils en ont probablement une quantité respectable ». Il préconise les injections antiseptiques, qui doivent être la seule arme dont le médecin ait à se servir.

Dès le 11 mars 1886, Doleris se prononce nettement pour le curettage instrumental. La même année, le Professeur Pajot, dans une clinique, conseille s'il y a de l'odeur, « d'extraire le délivre par tous les moyens ». Budin au contraire n'admet ni le curettage instrumental, ni le curage digital. « Le doigt est en général insuffisant, les curettes sont dangereuses ». En face d'accidents infectieux, il conseille d'abord les injections vaginales, puis les injections intra-utérines antiseptiques.

Dans les Archives de toxicologie de juin 1888, Abelin se déclare absolument pour l'expectation; il repousse l'intervention même lorsque la septicémie est déjà confirmée. Il qualifie le curettage de manœuvre « violente, toujours dangereuse ».

Dans ces mêmes Archives et la même année, Miraschi, répondant à Abelin, dit qu'il ne veut pas « laisser les lecteurs des Archives de toxicologie sous le coup de cette exécution ». Il est, lui, partisan de l'intervention, mais il intervient avec l'écouvillon, qu'il trouve supérieur à la curette.

Desprésaux, dans sa thèse de 1888, trouve « l'emploi de la curette formellement indiqué », lorsqu'il y a infection. La même année Wisard prétend que le curettage doit être appliqué non seulement quand il y a infection, mais même s'il

n'y a aucun signe de septicémie. C'est, dit-il, « une opération facile, efficace, et aucunement dangereuse ». Castan est lui aussi partisan de la curette « toutes les fois que la rétention placentaire s'accompagne de phénomènes septicémiques ». Chartier émet la même opinion. C'est dire qu'en 1888 le curettage avait de nombreux partisans.

Mais dès 1889, il se fait une réaction contre la curette, en faveur du doigt. Dans sa thèse, Audebert conclut :

- « a. En l'absence de phénomènes infectieux, injections;
- b. S'il y a des lochies un peu fétides, extraction digitale;
- c. Si la septicémie est très grave, curettage ».

Bourgogne n'admet pas le curettage. Il est bien d'avis qu'il faut intervenir dès que des complications surviennent. Mais « en tout état de cause on ne pratiquera jamais que la délivrance artificielle digitale ».

Borel cependant, dans le *Lyon médical* de 1889, se basant sur son expérience personnelle, se montre partisan absolu du curettage, dès qu'il y a infection. « Fort de ce que j'ai vu et fait moi-même, je pratiquerai le curettage sans la moindre appréhension, parce que je sais l'opération inoffensive, et que je la crois aussi utile et indispensable dans bien des cas ».

Queirel, au Congrès de Limoges en 1890, déclare que le curettage lui a donné d'excellents résultats.

Telle n'est pas l'opinion de Vibert, qui, dans sa thèse, en 1892, reproche à la curette de perforer l'utérus et de ne pas tout enlever. Pour ces raisons, il préfère le curage digital, et n'emploie la curette que dans les cas extrêmement graves.

Bouteil et Gaston sont partisans du curettage, dès qu'il survient une élévation de température. De même, Grynfeldt veut qu'on intervienne, dès que surviennent des accidents infectieux. Loviot se sert facilement de la curette, tandis que le Professeur Charles, de Liège, préfère les doigts; il n'emploie la curette que s'il lui est impossible d'enlever le tout avec les doigts. Quant à Crocq, dans la *Presse médicale* belge du 21 février 1892, il s'élève avec vivacité contre le cu-

rettage : « Je considère le curettage comme une affaire de mode... Les succès attribués au curettage sont illusoires ou dus à une action suggestive.... J'attribue aux injections antiseptiques, aux applications modificatrices adjuvantes, les résultats favorables qui suivent parfois le curettage et qu'on lui attribue à tort ». Ce n'est point là l'opinion de Lebrun, qui dit, dans le compte rendu de la Presse médicale belge du 24 juillet 1892, que « le curettage est une des plus belles conquêtes de la chirurgie, et loin d'en trouver l'emploi exagéré, j'estime qu'on n'y a pas assez souvent recours ». Debled et Guidez, dans leurs thèses de 1893-94, se montrent partisans de l'intervention par la curette, dès que surviennent des accidents.

Toute une série de thèses sont publiées de 1894 à 1900. Bruneau, Denis, Frey, Hamon se déclarent partisans résolus du curettage. Willard reproche à la curette d'exposer à la perforation et à l'infection, mais il ne croit pas ces deux raisons suffisantes pour ne pas essayer du curettage, quand l'indication en est bien précise. Fié Arsène est partisan du curettage, mais il conseille d'être prudent, lorsque la femme a eu la blennorrhagie ; car le curettage, dans ce cas, peut donner naissance à une arthrite gonococcique. Lenoir, se basant sur ce que les perforations utérines sont rarement graves, tend plutôt à préconiser le curettage. Il en est de même de Giraud, tandis que Carteret, Miot et Lucas préfèrent le curage digital, suivi d'écouvillonnage.

En dehors des thèses, de nombreux travaux ont paru durant cette période. A la Société médicale de Genève, le 4 Décembre 1895, Patru dit être non seulement partisan de curetter lorsque surviennent des accidents infectieux, mais il conseille même de ne pas attendre ces accidents, et de faire le curettage avant leur apparition. « Au dernier Congrès de gynécologie et pédiatrie de Bordeaux, le traitement local de la fièvre puerpérale par le curettage, a réuni la majorité des suffrages. Malgré cette unanimité, les opinions restent partagées à propos de son manuel opératoire, et sur-

tout de ses indications. Le curettage est l'opération de choix dans le traitement des rétentions placentaires; il est d'une exécution facile; il est inoffensif; il reste maître de la plupart des accidents infectieux, lorsqu'il est appliqué à temps. C'est en me basant sur ces constatations, que je prétend qu'un médecin, disposant d'une intervention bénigne, doit l'utiliser quand l'occasion s'en présente non seulement pour combattre les accidents, mais pour les éviter ».

Le Dr Oui reconnaît que le doigt est souvent insuffisant, et malgré sa préférence pour le curage digital, il emploie la curette : « Nous donnons la préférence, lors de l'éclosion des accidents, au curage digital; mais l'intervention digitale n'est pas toujours possible ou bien reste incomplète. C'est alors à la curette qu'il faut avoir recours, car, mieux que le doigt, elle peut enlever les petits fragments de placenta ou les débris de membranes..... La curette a un autre avantage... elle seule permet l'ablation de la muqueuse infectée ».

Le Dr Pichevin dans un article intitulé : « Des accidents causés par le curage utérin » accepte le curettage, qui, jadis si décrié, est regardé « comme une opération de petite chirurgie ».

En mars 1896, dans la Normandie médicale, le Dr Sorel se déclare partisan de l'intervention avec la curette dans l'infection post-abortive, mais il n'agit que vingt-quatre heures après le début des accidents infectieux: il emploie pendant ce temps des injections intra-utérines antiseptiques. Le Professeur Jacobs, la même année, conseille la curette et condamne le doigt et l'expectative: « Rejetons, abandonnons définitivement ces extractions manuelles tant prônées et sauvons les femmes par l'emploi méthodique de la curette ». Le Dr Maurange après avoir constaté « qu'une réaction formidable, née de la longue liste des méfaits du curettage, était en train de le discréditer au point qu'on n'osait plus le proposer », se range en partie à l'avis des Drs Sorel et Jacobs et trouve le curettage indiqué dans le nombre de cas.

A ces travaux en faveur de la curette viennent s'opposer

dès l'année suivante d'autres travaux, qui la délaissent pour le doigt. Le Professeur Budin en particulier, qui, en 1886, n'admettait ni la curette ni le doigt, tend en 1897 à admettre, le curage digital. « Jusqu'à ces derniers temps, on n'entendait parler que de curette, de curettage. En ce qui me concerne, je n'emploie guère que le curage digital... Voyons d'abord pourquoi je ne vous conseillerai pas d'employer la curette. Il y a entre la curette et le doigt cette différence qu'avec le doigt on sait ce que l'on fait, tandis que la curette est aveugle et peut aller plus loin qu'on ne voudrait. Fort souvent le curettage est insuffisant. On laisse parfois dans l'utérus des débris de caduque et de placenta. J'ajoute que la curette est dangereuse parce qu'elle peut déterminer des hémorrhagies graves et est souvent cause de perforation ». Comme le Professeur Budin, le Dr Maygrier est partisan convaincu du curage digital; il proscriit l'emploi de la curette. La même opinion est professée par le Dr Paquy, qui, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, dit: « La perforation de l'utérus ne doit pas être bien difficile, même entre des mains habiles.... Le curettage est souvent inefficace, car la curette peut passer à côté du placenta, et même, surtout si on se sert d'un instrument mousse, glisser sur sa face fœtale sans l'entamer.... Le curage digital défendu par Pinard, Maygrier, Budin, Porak est, à notre avis, le traitement de choix de l'avortement incomplet ».

En 1898 le Dr Fraisse, dans la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, fait paraître un article où il émet une opinion intermédiaire: Il constate que « le praticien exerçant loin des grands centres a peine à se reconnaître dans le heurt des opinions adverses et des méthodes contradictoires ». Pour sa part, il ne peut comprendre pourquoi « telle école n'entend se servir que du doigt et telle autre que de la curette.... En pratique on peut avancer que la curette seule est de mise pendant les dix premières semaines. Plus tard le détachement placentaire doit être fait au doigt, aidé de la curette comme instrument de râclage final, destiné à saisir les détritüs qui

ont échappé à l'action du doigt. Ces deux moyens, doigt et curette, ne s'excluent pas l'un l'autre, comme des discussions récentes tendraient à le faire croire ». Le Dr Gaulard prétend défendre la curette attaquée, et répondant surtout au Professeur Budin dit: « En résumé, le curage digital peut dans l'avortement incomplet être parfaitement suffisant pour parer à tous les accidents. Mais il n'en sera pas toujours ainsi. Le curettage ne mérite pas les reproches qui lui ont été adressés; pratiqué par une main calme, prudente, il me semble préférable au curage. Je me garderai, toutefois, d'être aussi exclusif que certains; et, si le cas échéant, l'usage du doigt me semble devoir suffire, je n'emploierai pas de parer pris la curette ».

Toujours la même année, M. le Professeur agrégé Fieux s'élève contre le curettage instrumental: « Le traitement doit consister dans le curage digital. MM. Pinard et Wallich en particulier considèrent le doigt à tous les points de vue comme bien supérieur à la curette quand, après un avortement, des débris ovulaires restent emprisonnés dans la cavité utérine ou adhérents à la paroi ». Cependant, M. Fieux reconnaît que, dans quelques circonstances, il demande une très grande patience et est quelquefois laborieux. Mais la curette, si elle est introduite dans un utérus abortif où le curage est soi-disant impossible, c'est-à-dire où le doigt ne peut être introduit, va opérer tout à fait à l'aveugle... et pourra laisser sans l'avoir seulement soupçonné un fragment détaché et emprisonné. Où le doigt ne peut entrer, la curette ne doit pas pénétrer. Si bien guidée qu'elle soit, son travail aurait chance d'être inutile et incomplet, ses erreurs pourraient être funestes.... On ne saurait trop le répéter, si la muqueuse réclame la curette, le placenta, lui, ne veut que le doigt ».

La même année, à la Société médicale de Berlin, M. Duhrssen conclut « que la curette n'est pas l'instrument de choix dans le traitement de l'avortement, et qu'il vaut mieux se servir du doigt ».

Nous voici arrivé en 1900. Le Dr Puttemans se déclare partisan de l'intervention dès que surviennent des accidents d'infection. Mais il préfère le doigt à la curette, et n'emploie celle-ci que quand le doigt est insuffisant. Au contraire, le Dr Jouin ne veut que la curette: « Avec les Allemands nous tenons pour le curettage instrumental dans tous les cas ». De 1900 à 1906 ont paru un certain nombre de thèses, qui reflètent les idées durant cette période. Le Dr Louvet nous donne le mode d'intervention en vigueur à la maternité de l'hôpital St-Antoine. On y emploie, suivant le besoin, le doigt, la curette et l'écouvillon. Le Dr Riou préfère le curage digital suivi d'écouvillonnage, tandis que le Dr Rebreyend, cherche à montrer que les perforations utérines par les instruments sont généralement bénignes. Le Dr Lorier est partisan du curage digital; il pense comme le Professeur Pinard, qui dit: « Le plus souvent, le curage digital bien fait aura suffi, et il ne sera pas nécessaire de recourir au curettage. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui s'est passé à la clinique Baudelocque en 1894. Sur 44 avortements pas une fois nous n'avons eu à pratiquer le curettage instrumental ».

Le Dr Furtin pense qu'il convient mieux d'associer le curettage au curage que d'employer uniquement l'un ou l'autre. Le Dr Carnus est partisan du curettage, tandis que les Drs Verdier et Morlet se rangent à l'avis du Professeur Budin et préfèrent le curage digital. Le Dr Richard n'admet le curettage que si le curage est insuffisant. Le Dr Rasis veut qu'on curette, tandis que le Dr Gailot veut qu'on se serve exclusivement du doigt. Enfin, dans la dernière thèse qui ait paru sur ce sujet, le Dr Pasturaud est d'avis qu'on doit réserver le curettage aux cas très graves.

A côté de ce nombre respectable de thèses soutenant des idées si différentes, nous trouvons dans les journaux une série d'articles non moins nombreux et non moins divergents d'opinion.

C'est ainsi qu'en 1902, à la séance du 22 Avril à la Société d'obstétrique et pédiatrie de Bordeaux M. le professeur

agréé Fieux déclare qu'il demeure partisan du curage digital : « Depuis quelque temps les gynécologues deviennent de plus en plus sobres de la curette : je crois qu'ils nous donnent le bon exemple. Pour ma part, j'ai eu à intervenir déjà un très grand nombre de fois dans des cas d'avortement incomplet, toujours le doigt seul m'a suffi ; pas une fois je n'ai eu à user de la curette et sur une quarantaine de cas au moins, je n'ai pas eu un insuccès ». M. le Dr Chaleix répond que les partisans du curage digital vantent leur unique procédé ; « je pourrais faire aussi ressortir les avantages du curettage instrumental, pour lequel j'ai rompu des lances en 1895. Je veux simplement dire que le curage digital est aussi dangereux que le curettage instrumental entre des mains inexpérimentées ou brutales ».

En 1903 M. le Dr Maygrier rapporte plusieurs observations de curage digital d'utérus infectés par rétention de débris placentaires post-abortifs. Il termine en disant : « Il faut bien se garder de se servir dans un utérus gravidé, surtout s'il est infecté, d'instruments tels que dilateurs métalliques et pinces. La curette même ne doit être maniée quand on veut en faire usage qu'avec la plus grande prudence et sous le contrôle du doigt.... Le doigt est en somme l'agent le plus parfait et le plus inoffensif ; il n'agit pas à l'aveugle et c'est pourquoi nous donnons d'une façon générale au curage digital suivi d'écouvillonnage la préférence sur les autres modes d'intervention. »

En 1904, le Dr Salles, dans la Revue médicale de Normandie se déclare partisan du curage digital avec extraction des débris par la pince. Il rejette absolument la curette : « Nous répudions son emploi dans le traitement de l'avortement incomplet. »

Nous voici en 1905, où ont eu lieu une série d'intéressantes discussions à la Société d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie de Paris.

Le 10 avril M. le Professeur Pinard dit qu'il veut « surtout insister sur l'inutilité et le danger des interventions intra-

utérines tardives ». M. Pozzi déclare « que la réaction contre le curettage est légitime, à bien des points de vue, mais la protestation de M. Pinard semble dépasser le but. J'ai vu des cas où l'injection intra-utérine n'avait rien fait sortir, et où la curette a ramené des débris qui avaient déterminé des accidents fébriles, et qui en auraient causé de plus graves sans l'intervention..... Il est dangereux pour le public médical qui lit ces discussions de proscrire ainsi le curettage, car il pourra en résulter... une pratique qui peut être néfaste aux malades infectées ».

M. le Professeur Pinard répond qu'il « a obtenu des résultats meilleurs depuis qu'il a abandonné le curettage comme méthode thérapeutique générale ».

A la séance du 8 mai, M. le Professeur Pinard dit : « Des résultats sont acquis. l'expérience a le droit d'entrer en scène et l'heure n'est plus de discuter dans l'espace. En 1894, 38 curettages furent pratiqués dans le service pendant l'année; depuis cette époque j'ai cru bon de restreindre cette intervention. Or :

En 1894 le pourcentage de la mortalité par infection était de	0,18
En 1903	0,03
En 1904	0,07

Finalement, M. Wallich, d'accord avec M. Pinard, termine en disant qu'il convient de réserver le curettage « aux cas qui s'annoncent comme devant être très graves, à manifestations précoces et bruyantes » et qu'il doit être fait « par des mains habiles ».

A la séance de juillet M. Lepage, après avoir résumé les opinions contradictoires émises par MM. Pinard, Champetier de Ribes et Pozzi, émet les conclusions suivantes : « Le curettage qui est un précieux moyen de traitement dans les suites de couches, quand il y a infection, ne doit être pratiqué que quand il y a indication nette, c'est-à-dire quand on s'est assuré que l'hyperthermie ne provient pas d'une source extra-utérine ».

A la séance d'Octobre, M. Doléris vient défendre le curettage: « La thérapeutique intra-utérine antiseptique nous apparaît pour les femmes trop profondément infectées comme une nécessité rationnelle, et le curettage s'impose à nous comme l'unique moyen d'évacuer les débris de caduque, les fragments placentaires putréfiés s'il en existe, ce que nous ignorons toujours. Si encore aujourd'hui le curettage a des détracteurs, c'est... qu'on oublie trop souvent que c'est un moyen de valeur précisément au début des accidents infectieux et que son efficacité s'amoin-drit au fur et à mesure que les lésions s'étendent en dehors de l'utérus ».

A la séance du 14 mai 1906 M. Lepage conclut dans un sens moins affirmatif que dans la séance de juillet 1905: « Le curettage instrumental ne donne pas de sécurité, en ce sens qu'un opérateur ne peut affirmer qu'il n'a pas laissé dans la cavité utérine une partie du placenta... Aussi, est-il sage, à la fin du curettage instrumental de sentir avec le doigt s'il ne reste pas de débris placentaires dans la cavité utérine ».

M. le Dr Wallich est plus catégorique. « Il est préférable même dans les deux ou trois premiers mois, d'évacuer l'utérus avec le doigt... La curette n'est pas un instrument pour pratiquer la délivrance, à quelque période de la grossesse que ce soit: il faut que celle-ci soit faite avec le doigt ». Comme on le voit, c'est la condamnation absolue de curettage instrumental.

A la séance suivante du 11 juin, M. Champetier de Ribes vient appuyer les conclusions antérieures de M. Wallich, et M. le Professeur Pinard intervient pour achever de briser la curette: « Pour pratiquer la délivrance, je ne connais qu'un instrument quel que soit l'âge de la grossesse: c'est le doigt, et je condamne l'usage de la curette ». M. Lepage dit qu'il ne peut partager tout à fait l'avis de MM. Champetier de Ribes et Pinard, et il croit la curette utile surtout dans la rétention placentaire qui suit les avortements du premier mois.

Enfin, le 15 février 1907, le Dr Riss fait paraître dans la

Gazette de gynécologie un article sur le curettage, où il conclut pour le doigt contre la curette. « Les praticiens feront bien d'adopter le curage digital, qui est d'une innocuité absolue, s'il est pratiqué aseptiquement, et qui donne le maximum de garanties au point de vue de l'efficacité de l'intervention ».

Si nous cherchons à résumer successivement et succinctement ces nombreuses et différentes opinions sur le curettage, nous constatons que, jusqu'en 1800, en raison des moyens trop primitifs employés par Hippocrate et ses élèves, c'est la méthode des injections qui est en vogue. En France, cette méthode règne jusqu'en 1846 environ, époque où Récamier invente sa curette. Au contraire, à partir de 1800, on se montre très interventionniste à l'étranger, surtout en Allemagne. Dès 1846, en France, on commence à pratiquer le curettage, mais ce procédé opératoire a encore de nombreux détracteurs. En 1886, M. Doleris fait un chaud plaidoyer en faveur de la curette et en 1888 de nombreuses thèses paraissent pour défendre ce procédé. De 1890 à 1900 paraissent de nombreuses thèses et de nombreux travaux. Les premiers de ces travaux réagissent contre l'emploi de la curette, tandis que ceux parus en 1895 et 96 viennent défendre le curettage. Mais de 1897 à 1900 la plupart des auteurs attaquent la curette. Il en est de même dans ces deux dernières années surtout, où, dans plusieurs séances à la Société obstétricale de Paris, la plupart des auteurs se sont nettement prononcés pour le curage digital attaquant à tel point la curette qu'ils en préconisent l'abandon.

Dans ces conditions, il devenait intéressant de constater les résultats obtenus par le curettage instrumental, aidé ou non du curage et de l'écouvillonnage, dans des cas d'infection nette et à la suite d'une rétention des annexes d'un œuf abortif. Il nous sera ainsi possible de voir si les griefs, qui ont fait pour ainsi dire rejeter la curette, sont fondés: perforation de l'utérus, nettoyage incomplet, hémorrhagie, infection par ouverture des sinus utérins,

CHAPITRE II

Technique opératoire

La technique opératoire est assez variable, suivant les opérateurs, sinon dans ses grandes lignes, du moins dans ses petits détails. Nous décrirons le procédé employé à la clinique obstétricale de Bordeaux, celui qui a été appliqué à toutes les malades dont nous notons plus loin les observations.

Instrumentation

I. *Curettes*. — Les modèles de curette sont très nombreux : curette de Récamier, Sims, Volkman, etc... Nous décrirons uniquement les curettes qui ont été employées pour les différents curettages de nos observations, et qui ne sont autres que les curettes de M. le Professeur Lefour.

Il existe quatre curettes du même type, mais de grandeur différente.

Toutes les quatre sont des curettes annulaires, dont le manche est percé d'un canal aboutissant à l'anneau, ce qui permet à un liquide quelconque de venir baigner l'utérus au fur et à mesure que s'opère le curettage, entraînant ainsi les débris à l'extérieur.

Quant à l'anneau, c'est une véritable bague à surface extérieure plane, avec deux circonférences ou bords dont l'un est mousse et l'autre tranchant.

C'est donc une curette irrigatrice, annulaire, à la fois mousse et tranchante. Il est intéressant de noter qu'on a adressé aux curettes irrigatrices en général, et par suite à celles de M. le Professeur Lefour, une objection que nous ne voulons pas laisser passer. M. le Professeur Lanelongue de Bordeaux a reproché aux curettes irrigatrices de lancer dans la cavité péritonéale, à l'occasion d'une perforation, le liquide devenu septique. Pour que ce procédé fût fondé, il faudrait que la perforation se produisît au premier coup de curette. Si en effet la perforation n'intervient que vers le milieu ou la fin du curettage, il y a de fortes chances pour que le liquide soit beaucoup moins septique que ne le seraient les débris placentaires déjà entraînés au dehors, s'ils fussent restés dans la cavité utérine.

Nous avons déjà dit que les quatre curettes étaient de grandeur différente :

a) La plus petite mesure 33 cent. de long; son anneau a un centimètre et demi de diamètre et un demi-centimètre de largeur.

b) La moyenne mesure 36 cent. de long; son anneau a deux cent. de diamètre et près de trois quarts de cent. de largeur.

c) L'intermédiaire mesure 36 cent. de long; son anneau a deux cent. et demi de diamètre et trois quarts de cent. de largeur.

d) La plus grande mesure 36 cent. de long; son anneau a trois cent. de diamètre et un peu plus de trois quarts de cent. de largeur.

II. Canulle pour injection vaginale et sonde uréthrale.

III. Pince fixatrice de Duplay ou Pozzi.

IV. Deux valves de Sims.

V. Ecouvillon ou simplement une pince à pansement portant un tampon de ouate.

VI. La série des bougies de Hégar.

VII. Sonde intra-utérine de M. le Professeur Lefour.

VIII. Bock à injection.

Préparation de la malade. — La veille ou au moment même lavement évacuateur. Il est aussi indiqué de vider la vessie.

Antisepsie. — a) De l'opérateur. — Les ongles doivent être nettoyés avec un soin minutieux. Les avant-bras et les mains seront aussi lavés au savon d'abord, puis avec une solution de sublimé au millième.

Un vase contenant de cette solution de sublimé sera tenu à portée de l'opérateur.

b) Des instruments — Il convient, comme pour toute opération chirurgicale, de les aseptiser par la chaleur.

c) De la malade — Il est nécessaire, si on veut être certain d'une asepsie complète, de raser les poils du pubis. Après quoi, on lavera avec soin au savon d'abord, puis au sublimé, toute la région du pubis, la vulve et la région anale. Il convient de noter en passant que les sels de mercure ne servent jamais que pour aseptiser les organes génitaux externes et les mains. Le vagin doit être savonné et nettoyé avec un antiseptique autre que le sublimé, ce nettoyage doit être très soigneux; il est nécessaire de déplier avec le doigt la muqueuse vaginale de façon que toute la surface vaginale et les culs-de-sac aient été bien réellement atteints par le liquide antiseptique.

Position de la malade. — La malade doit être mise en position obstétricale, c'est-à-dire placée sur le bord du lit, les jambes écartées, les cuisses fléchies sur le bassin et maintenues dans cette position par deux aides.

Anesthésie. — Certains auteurs se dispensent d'anesthésier la malade, la douleur ressentie n'étant généralement pas bien vive. Dans toutes nos observations, les malades ont été endormies sous chloroforme. Il est certain que l'opérateur dans ce cas est plus tranquille, et l'opération risque d'être plus complète. Enfin en relâchant les muscles de la paroi abdominale, l'anesthésie permet au doigt d'apprécier le volume de l'utérus.

Dilatation du col. — Si l'orifice du col utérin n'est pas susceptible d'admettre l'introduction des diverses curettes, on le dilatera avec les bougies de Hégar.

Manuel opératoire. — Un aide avec une valve abaisse la commissure postérieure de la vulve; un second en fait de même pour la commissure antérieure. Avec la pince fixatrice on saisit la lèvre antérieure du col, et l'on retire alors la valve antérieure, qui est devenue par ce fait inutile. On relève alors cette pince en prenant point d'appui sur le pubis.

On pratique alors le toucher intra-utérin, destiné à apprécier le contenu et à se rendre compte de l'état de la musculature utérine.

On en profite pour retirer avec le doigt tout ce qu'il est possible d'extraire.

Puis on introduit la curette, lentement, avec précaution jusqu'au fond de l'organe. Arrivé au fond, on râcle cette portion, puis successivement les parois antérieure, postérieure et latérale. Tout ceci est fait avec le côté mousse de la curette. Pendant que se fait ainsi le râclage de l'utérus, on fait passer par le canal qui traverse tout entier le manche de la curette, un courant d'eau bouillie chaude, qui entraîne les débris au fur et à mesure qu'ils seront détachés par la curette. Jamais il ne faudra chercher à percevoir le cri utérin, qui, ici, ne peut guère exister en raison du ramollissement de l'utérus gravide.

On fait alors un toucher intra-utérin, pour constater qu'il ne reste plus rien dans l'utérus. Si par hasard une portion de la paroi avait été oubliée par la curette, on n'hésiterait pas à râcler de nouveau. De même si on constatait une adhérence anormale du placenta on se servirait prudemment du côté tranchant de la curette.

Un courant d'eau est passé dans l'utérus pour entraîner le reste des débris.

On fait alors un écouvillonnage, soit avec l'écouvillon de Doleris, soit plus simplement avec une pince au bout de

laquelle on fixe un tampon de ouate imbibé de glycérine créosotée au tiers, et qu'on promène sur toute l'étendue des parois utérines.

On termine par une injection intra-utérine à l'eau iodée.

Finalement on fait un léger tamponnement utéro-vaginal à la gaze stérilisée. Si par hasard on constatait un léger écoulement sanguin, on emploierait de la gaze imbibée d'eau oxygénée, que l'on aurait soin de bien exprimer préalablement.

Il ne reste plus alors qu'à faire un pansement occlusif de l'orifice vulvaire avec de la ouate stérilisée.

Soins consécutifs. — Le lendemain on enlève le tampon, et on fait matin et soir une injection vaginale à l'eau oxygénée, si on constate un peu d'odeur, soit à l'eau bouillie s'il n'y a pas d'odeur.

Il convient que la malade garde le lit pendant deux semaines environ. Enfin certaines malades se plaignent parfois de coliques pendant les premiers jours qui suivent l'opération : il n'y a pas lieu de s'en émouvoir.

CHAPITRE III

Observations

Toutes ces observations ont été prises dans le service de M. le Professeur Lefour. Nous avons pu en recueillir 60, qui toutes ont trait à l'infection post-abortive par rétention placentaire. Nous n'avons pas, bien entendu, rapporté toutes ces observations au complet ; nous en avons simplement extrait ce qu'il y avait d'essentiel et d'intéressant pour nous.

OBSERVATION I

Avortement de trois mois environ ; la malade entre à l'hôpital le 7 janvier 1899. A l'examen, on constate que cette femme est très abattue ; elle raconte que depuis plusieurs jours elle a de la céphalée ; elle a vomi et a eu la fièvre. Depuis deux jours les lochies sont devenues fétides.

On constate une douleur très vive sur toute la région latérale droite de l'utérus, à chaque tentative de palper un peu profond. Le toucher permet de constater qu'on peut introduire un doigt dans le col utérin. Il existe un écoulement lochial très fétide. Un doigt introduit dans l'utérus ramène des débris exhalant une odeur très fétide. Température est à 37,7. Pouls à 85.

Chloroformisation. Essai de curage digital, qui échoue en raison du

peu de dilatation du col. Curettage, qui permet de retirer des débris placentaires fétides en assez grande quantité.

Le soir même le pouls est à 90 et la température à 38°.

Le lendemain la température est à 37°,4.

Amélioration progressive. Guérison.

OBSERVATION II

Vingt-quatre ans, tailleur. Un accouchement normal. Avortement incomplet de deux mois et demi le 28 février 1899. Entre à l'hôpital le 10 mars. Rétention placentaire. Ptyalisme très accentué. Utérus un peu gros. Etat stationnaire jusqu'au 28 mars, ce jour-là frissons violents, ainsi que le 30 et le 31. La température le 30 est à 38°6 le matin et à 38,2 le soir ; le 31 la temp. est à 38° le matin.

Curettage qui ramène d'épaisses masses villeuses. Température normale dès le lendemain. Amélioration progressive.

Guérison.

OBSERVATION III

Quarante-quatre ans, couturière. Six accouchements à terme ; deux avortements de deux mois. Actuellement un avortement de deux mois et demi en ville. Entre à l'hôpital en Mars 1899.

A l'examen on constate qu'il y a rétention des membranes, température peu élevée, écoulement lochial peu fétide.

Curettage, Guérison complète.

OBSERVATION IV

Avortement de trois mois. Entre à l'hôpital le 15 juin 1899. Pertes considérables de sang ; lochies fétides ; température est à 38°.

Curettage. Injection de sérum artificiel.

Guérison.

OBSERVATION V

Six grossesses normales et un avortement de trois mois et demi.
Rétention des membranes ; pertes peu fétides.

Curettage. Guérison.

OBSERVATION VI

Vingt et un ans, caissière. Avortement de deux mois ; depuis se plaint de douleurs. Entre à l'hôpital le 5 janvier 1900. On constate qu'elle a de la fièvre ; les lochies sont un peu fétides.

Au toucher, on sent une masse placentaire dans l'utérus.

Sous chloroforme, on tente le curage digital qui ne peut être pratiqué à cause du peu de dilatation de l'orifice utérin :

Curettage et bourrage utérin avec une mèche de gaze.

Le lendemain, on enlève la mèche de gaze qui n'a aucune odeur.
Température normale. Guérison.

OBSERVATION VII

Vingt-six ans, ménagère. Avortement incomplet. Le 30 décembre à la suite d'un excès de fatigue est prise de douleurs et d'hémorrhagies. Entrée à l'Hôpital le 7 janvier 1900.

Pas de fièvre ; mais pertes brunâtres très fétides. Au toucher, on constate la présence de masses placentaires dans la cavité utérine.

Curage digital qui ramène des débris placentaires sentant très mauvais. Curettage qui finit de ramener tous les débris. Tamponnement à la gaze.

Le lendemain température normale ; lochies ne sont plus fétides.

Guérison au bout de neuf jours.

OBSERVATION VIII

Vingt-quatre ans, domestique ; trois grossesses antérieures à terme. Avortement incomplet de trois mois et demi. Le 25 décembre, douleurs vives et pertes de sang ; reprend ses occupations au bout de huit jours de repos. Nouvelles douleurs, avec en plus de nombreuses pertes purulentes.

Entre à l'Hôpital, le 15 janvier 1900. Douleurs très vives sur les parties latérales de l'utérus, surtout à droite. Pertes un peu fétides. On la traite par le repos, les injections chaudes. Mais la température persiste entre 38 et 39°. Application de sangsues sur la paroi abdominale. Le 31 on constate que l'utérus est très douloureux ; la malade a des pertes très fétides.

Curettage par M. le professeur Lefour.

Amélioration progressive. Guérison complète le 8 février.

OBSERVATION IX

Trente-trois ans ; sept grossesses à terme. Avortement de deux mois, sans causes connues. Depuis la malade se plaint de coliques, de diarrhée, de maux de tête. Le 20 janvier a des vomissements bilieux abondants, et une petite perte de sang. Puis elle constate que l'écoulement lochial est devenu fétide. Entre à l'Hôpital, le 30 janvier 1900.

A l'examen, on constate que l'utérus est rempli de masses placentaires mollasses et exhalant une odeur extrêmement fétide.

Après anesthésie, curage digital suivi d'un curettage.

Le lendemain les lochies n'ont presque plus d'odeur. Amélioration progressive. Guérison le 10 février.

OBSERVATION X

Trente-six ans, journalière ; trois grossesses normales. Avortement incomplet de deux mois et demi. Entre à l'Hôpital, le 19 mars 1900.

Au toucher, on constate la présence de caillots dans le vagin; le col est ramolli, volumineux. On enlève un tamponnement fait la veille de son entrée; il dégage une horrible fétidité.

Sous chloroforme on fait directement un curettage, qui ramène des caillots, des débris de muqueuse et des fragments de placenta fétides.

Après le curettage, le pouls est extrêmement fréquent et petit: on fait une injection de sérum de Hayem.

Amélioration progressive. Guérison complète le 7 mai.

OBSERVATION XI

Vingt-huit ans, copiste; trois grossesses à terme, dont les deux premières accompagnées de symptômes éclamptiques. Avortement incomplet de trois mois, le 30 avril 1900. Entre à l'Hôpital le jour même; se plaint de douleurs. On constate une rétention du placenta. On essaie de faire un curage digital, qui reste incomplet. Curettage qui permet d'extraire des débris placentaires exhalant une odeur très fétide.

On constate que les urines contiennent de l'albumine: régime lacté. Amélioration progressive. Guérison absolue le 7 mai.

OBSERVATION XII

Vingt ans. Une grossesse normale. Avortement de deux mois et demi. Le 6 mai 1900 à la suite de fatigues, pertes de sang et douleurs. Entre à l'Hôpital le 10.

Au toucher, on constate la présence de masses placentaires à travers l'orifice béant du col. Pertes roussâtres sentant très mauvais.

Sous chloroforme, après avoir enlevé pas mal de débris avec le doigt, on fait un curettage.

Amélioration progressive. Guérison dix jours après.

OBSERVATION XIII

Vingt-trois ans, domestique. Une grossesse à terme. Avortement

incomplet de un mois et demi. Elle entre à l'Hôpital le mois de mai parce que depuis le mois d'avril, elle a des pertes de sang intermittentes. Le 22 mai 1900, après s'être amusée à danser, elle a ressenti des coliques violentes ; elle a eu des pertes de sang très abondantes, avec de gros caillots.

A l'examen de la malade, on constate que l'utérus est très douloureux, le col gros. Le 9 juin, la malade est prise de légers frissons ; la température est à 38,8. Les jours suivants les pertes sanguines deviennent abondantes et légèrement fétides ; la température persiste élevée ; les douleurs sont vives.

Le 12 Juin, après dilatation du col avec les bougies de Hégar, il est pratiqué un curettage instrumental.

Le surlendemain, la température est à peu près normale. Le quatrième jour elle remonte à 38°, pour descendre les jours suivants d'une manière progressive. La guérison est déjà complète le neuvième jour.

OBSERVATION XIV

Employée de commerce. Primipare. Avortement de deux mois et demi. Le 24 mai 1900, ressent de vives douleurs lombaires, à la suite d'une peur très vive. Le lendemain elle expulse un fœtus, mais fait de la rétention placentaire. Les douleurs persistant, avec un peu de fièvre, la malade étant dans un mauvais état général, M. le professeur Lefour fait un curage digital, suivi d'un curettage.

Amélioration progressive. Guérison dès le septième jour.

OBSERVATION XV

Vingt-neuf ans. Domestique. Un accouchement prématuré à sept mois, deux autres grossesses terminées aussi par deux accouchements prématurés. Avortement de deux mois, consécutif à une frayeur. Du 20 février au 5 mai, la malade se plaint de douleurs. La température est peu élevée ; mais il existe des pertes fétides, peu abondantes il est vrai. Le 5 mai les douleurs sont plus fortes ; il se fait un écoulement

plus abondant de pertes jaunâtres fétides suivies d'hémorrhagies.

Curettage sous chloroforme.

Guérison le huitième jour.

OBSERVATION XVI

Trente ans. Femme de chambre. Un premier avortement de cinq mois. Nouvel avortement de deux mois et demi. Le 27 juin expulsion d'un fœtus, suivi d'une forte hémorrhagie. Le 30 juin 1900, elle entre à l'hôpital. Elle se plaint d'une grande faiblesse ; le pouls est faible, pertes de sang.

A l'examen, on constate que l'utérus est augmenté de volume ; on sent dans le vagin quelques caillots noirs sentant mauvais. L'orifice du col permet l'introduction de trois doigts, qui sentent des caillots et une masse mamelonnée représentant le placenta.

Chloroformisation. Curage digital qui permet de détacher la majeure partie du placenta, lequel présente un léger degré de putréfaction. Mais, quelques débris placentaires trop adhérents résistent au doigt. Il est procédé à un curettage instrumental, qui enlève ces débris placentaires adhérents ; mais il se produit une hémorrhagie très abondante, que l'on traite par l'ergotine, la caféine, les injections intra-utérines chaudes. Injection d'un litre de sérum artificiel. Tamponnement très serré dans l'utérus et le vagin.

Amélioration progressive. Guérison vers le quinzième jour.

OBSERVATION XVII

Vingt-sept ans. Sans profession. Deux accouchements à terme. Avortement de trois mois, consécutif à une chute le 9 juin 1900. Le 19 juin perte sanguine abondante, lochies très fétides. Une sage-femme fait appeler un docteur pour faire le curettage. Le médecin conseille l'expectative. Le 21 juin la malade ayant toujours de la fièvre entre à l'hôpital.

On constate que la malade a des pertes brunâtres très fétides ; la température atteint 39°3. L'orifice du col est béant.

Le 23, chloroformisation. Curettage qui ramène de nombreux débris de placenta.

Le 27 juin, la malade part guérie.

OBSERVATION XVIII

Dix-huit ans. Capsuleuse. Primipare. Avortement incomplet de trois mois et demi. Le 29 juin 1900, hémorrhagie assez abondante et expulsion d'un fœtus. La malade est prise de maux de tête, frissons. Les lochies deviennent fétides ; les douleurs sont vives. Elle entre à l'hôpital le 3 juillet.

Température est à 38°6 ; la langue est saburrale ; les lochies sont sanguinolentes et très fétides. Essai infructueux de curage digital. Curettage, qui ramène de nombreux débris placentaires.

Amélioration progressive. Guérison le 13 juillet.

OBSERVATION XIX

Trente-quatre ans. Lingère. Trois grossesses à terme ; un avortement de un mois et demi. Nouvel avortement de deux mois environ. Le 21 novembre 1900 expulsion d'un fœtus ; rétention des membranes ; tentative d'extraction infructueuse par la sage-femme avec une pince. Dans la journée est prise de grands frissons et de fièvre. Elle entre à l'hôpital.

Fièvre à 38° ; douleurs très vives ; les lochies sont très fétides. Il est pratiqué un curettage, qui ramène de nombreux débris de membranes à odeur caractéristique.

Disparition de la fièvre et de l'odeur. Guérison vers le dixième jour.

OBSERVATION XX

Vingt-trois ans. Ménagère. Trois accouchements à terme. Avortement de deux mois. Le 20 mars 1901, douleurs et pertes de sang tenaces. Elle entre à l'hôpital le 30 mars dans un état d'anémie extrême. Il y a une notable quantité d'albumine dans les urines. Injection de sérum artificiel. Injections intra-utérines. Régime lacté.

Les lochies deviennent fétides. Le 2 avril curettage sous chloroforme. Le tampon enlevé le lendemain n'a aucune odeur.

Guérison vers le quinzième jour.

OBSERVATION XXI

Vingt-trois ans. Domestique. Une grossesse à terme. Avortement de trois mois de cause inconnue. Rétention placentaire. La malade se plaint de douleurs. La fièvre est à 38°6 ; les lochies sont un peu fétides.

Curettage sous chloroforme. Guérison.

OBSERVATION XXII

Trente-cinq ans, ménagère. Sept grossesses normales. Avortement de deux mois. Pertes fétides. Le 30 janvier 1902 curage digital, pénible en raison du peu de dilatation du col. Curettage qui donne issue à des fragments de placenta.

Le 31 janvier, la température est à 38° avec lochies fétides.

Le 1^{er} février, plus de fièvre ni d'odeur.

Sort guérie le 15 février.

OBSERVATION XXIII

Trente-cinq ans, capsuleuse. Cinq grossesses normales. Avortement de deux mois consécutif à une chute ; la malade se plaint de douleurs ;

elle a des pertes très fétides ; élévation de la température ; il y a de la céphalée et des vomissements.

Le 9 février 1902, sous chloroforme, curage digital qui ramène deux placenta dégageant une mauvaise odeur. Curettage qui ramène des débris.

Le 10 février, ni pertes, ni odeur.

La malade sort guérie le 18 février.

OBSERVATION XXIV

Trente-neuf ans, journalière. Quatre grossesses normales. Avortement de deux mois et demi. Rétention placentaire, qui entraîne des hémorrhagies et de l'infection.

Curage digital et curettage le 10 avril 1902.

Amélioration très rapide. Sort guérie le 29 avril.

OBSERVATION XXV

Vingt-neuf ans, sans profession. Avortement de deux mois et demi. Rétention placentaire avec légère infection.

Curettage. Guérison.

OBSERVATION XXVI

Vingt-cinq ans, journalière. Deux grossesses normales. Avortement incomplet de deux mois et demi. La malade a des pertes sanguines considérables. Le poulx est petit et rapide ; il bat à 100 pulsations, la température à 38°, il y a des lochies fétides.

Sous chloroforme, on essaie du curage digital qui ne permet pas de détacher les débris placentaires. On fait un curettage instrumental qui ramène de nombreux débris.

Le soir la température est à 38,2. Le lendemain 11 avril 1902, il n'y a plus de température et le pouls est normal.

Guérison absolue.

OBSERVATION XXVII

Trente-six ans, journalière. Six grossesses normales et un avortement de un mois et demi, consécutif à une chute. La malade est prise de frissons; elle a des vomissements, et des pertes de sang mêlées de caillots.

Le 27 avril 1903 elle entre à l'hôpital.

On constate qu'elle a des pertes sanguinolentes d'odeur fétide.

Curettage sous chloroforme par M. le Professeur Lefour.

A cinq heures du soir 37°,3; pouls à 80.

Guérison complète dès le dixième jour.

OBSERVATION XXVIII

Vingt-huit ans, tailleuse. Quatre grossesses normales. Avortement incomplet.

Le 18 août 1903, elle ressent des douleurs vives, avec des pertes de sang assez considérables, d'odeur fétide.

Curettage sous chloroforme.

Le soir même, la température est à 37°.

Guérison complète dès le septième jour.

OBSERVATION XXIX

Quarante-deux ans, ménagère. Cinq grossesses normales et un avortement. Actuellement avortement de trois mois environ. La malade se

plaint de douleurs et d'hémorrhagies. On constate la présence de débris de placenta, à odeur un peu fétide. La température est à 38°.

Curettage sous chloroforme. Guérison le dixième jour.

OBSERVATION XXX

Trente ans. Sans profession. Quatre accouchements normaux. Avortement de quatre mois. Rétention placentaire ; la malade dit être souffrante depuis quinze jours.

On constate qu'elle est dans un état général excessivement mauvais. Ses lochies sont fétides.

Curettage immédiat le 15 Avril 1904, qui permet de retirer un placenta en état de putréfaction complète. On fait une injection de sérum artificiel, l'état général de la malade laissant beaucoup à désirer.

Quelques jours plus tard on constate l'apparition d'une phlébite de la jambe droite, puis de la jambe gauche. La malade est dans un état de faiblesse extrême ; le pouls devient petit ; la malade a du délire. Mort le 22 avril.

OBSERVATION XXXI

Quarante ans. Couturière. Cinq grossesses normales. Avortement incomplet de trois mois et demi. Rétention placentaire. La malade a des hémorrhagies fréquentes et abondantes. L'infection vient s'ajouter : pertes très fétides.

Elle entre à l'hôpital dans un état extrême d'anémie ; la température est très élevée, 40° 4.

Sous chloroforme on fait immédiatement un curage digital et un curettage, qui permettent d'extraire des débris placentaires et de gros caillots. On fait un tamponnement utérin.

Mais l'infection était déjà généralisée. On fait un abcès de fixation qui ne réussit pas. La température s'élève à 41 ; l'état général décline. Mort.

OBSERVATION XXXII

Trente et un ans. Ménagère. Quatre grossesses normales. Avortement de cinq mois. Rétention placentaire ; la malade souffre : elle a des pertes sanguinolentes qui ont de l'odeur. Elle entre à l'hôpital le 14 juin 1904.

Elle est dans un mauvais état général. Le pouls bat à 128 pulsations. La température est de 39° 6 ; les lochies sont excessivement fétides.

Curettage, qui amène de nombreux débris sentant mauvais. Amélioration progressive. Guérison au bout de 15 jours.

OBSERVATION XXXIII

Trente-quatre ans. Cuisinière. Une grossesse normale. Avortement incomplet de 2 mois. Elle entre à l'hôpital le 15 Juillet 1904.

Déjà un curage digital avait été tenté par un docteur en ville, mais il est resté incomplet. La température est à 39° 9 ; la malade souffre ; les pertes sont un peu fétides.

Le 16 juillet, on pratique un curettage sous chloroforme. On extrait quelques débris ovulaires. Le soir la température est à 37° 4.

Guérison complète le septième jour.

OBSERVATION XXXIV

Vingt ans. Domestique. Avortement incomplet de trois mois. La malade souffre et présente un peu de fièvre : la température est à 37° 9.

On pratique un curettage. Guérison dès le huitième jour.

OBSERVATION XXXV

Vingt et un ans. Ménagère. Deux grossesses normales. Avortement de

un mois environ. Elle entre à l'hôpital le 8 décembre 1904. Son état général laisse à désirer ; elle n'a pas d'appétit ; elle se plaint de maux de tête. Le lendemain l'état général devient encore plus mauvais : il y a de la pâleur des téguments ; la température est à 38°. Enfin les lochies deviennent fétides.

Après dilatation avec les bougies de Hégar, on pratique le curettage avec la petite curette. On ramène des débris ovulaires, présentant une odeur très fétide.

Dès le soir de l'opération, chute de la température. Le 10 décembre pas de température ; l'état général est meilleur ; plus de lochies fétides.

La malade est complètement guérie le vingtième jour.

OBSERVATION XXXVI

Vingt-sept ans, cuisinière. Une grossesse à terme, un avortement de deux mois et demi, puis un accouchement prématuré de sept mois. Avortement de un mois et demi. Elle entre à l'hôpital le 29 décembre 1904.

La malade dit avoir eu de grosses pertes sanguines pendant quinze jours. Le pouls bat à cent dix pulsations ; un peu de fièvre ; anémie profonde ; enfin quelques lochies un peu fétides.

Sous chloroforme, curage digital suivi d'un curettage, qui ramène des débris ovulaires très adhérents, que le doigt n'avait pu arriver à enlever. Ces débris ovulaires ont une odeur fétide.

Le lendemain ni pertes, ni odeur, ni fièvre.

Guérison complète le 20 janvier 1907.

OBSERVATION XXXVII

Trente ans, blanchisseuse. Sept grossesses normales. Avortement de trois mois. Entre à l'hôpital le mois de mai 1905 parce qu'elle a

des pertes sanguines abondantes ; les lochies sont un peu fétides ; légère élévation de la température.

Curettage par M. le Professeur Lefour, qui ramène des débris ovulaires. Guérison dès le douzième jour.

OBSERVATION XXXVIII

Vingt-trois ans, modiste. Une première grossesse normale. Avortement de deux mois environ. Rétention placentaire. La malade se plaint de douleurs. A son arrivée à l'hôpital le 25 juin 1905 on constate que la température est de 38,2.

Curettage sous chloroforme. Guérison le vingtième jour.

OBSERVATION XXXIX

Trente-six ans, sans profession. Deux grossesses normales. Avortement de deux mois et demi. La malade souffrant, entre à l'hôpital le 21 juillet 1905, où l'on constate que la température s'élève à 38°.

On pratique un curage digital, suivi d'un curettage qui ramène des débris placentaires à odeur légère. Comme toujours écouvillonnage et tamponnement.

Le soir pas de fièvre. Le lendemain ni fièvre, ni pertes, ni odeur.

Guérison rapide au bout de dix jours.

OBSERVATION XL

Vingt-sept ans, sans profession. Trois grossesses normales. Avortement de un mois et demi. Rétention placentaire. La malade a des pertes sanguines fréquentes ; se plaint de douleurs. Entre à l'hôpital le 16 août 1905.

La température est à 39°. On pratique un curettage qui ramène

quelques débris. Amélioration progressive. Guérison quinze jours après.

OBSERVATION XLI

Quarante et un ans, ménagère. Deux grossesses normales. Avortement de trois mois et demi. Rétention placentaire. Entre à l'hôpital le 9 octobre 1905.

La malade se plaint de douleurs ; on constate la présence de débris placentaires, qui déjà ont occasionné une fièvre légère : la température est de 37,9.

On procède à un curage digital, suivi d'un curettage.

Guérison rapide dès le dixième jour.

OBSERVATION XLII

Vingt-sept ans. Ménagère. Deux grossesses normales. Avortement de deux mois environ. Rétention placentaire consécutive. La malade entre le 20 octobre 1905.

Elle se plaint de douleurs ; pas de lochies fétides, mais la température est élevée : 38°2.

On procède à un curettage. Guérison au bout de quinze jours.

OBSERVATION XLIII

Vingt-neuf ans. Sans profession. Deux grossesses normales. Avortement de deux mois environ. Rétention placentaire. La malade entre à l'hôpital le 28 octobre 1905. Elle se plaint de douleurs ; on ne constate pas de lochies nettement fétides, mais la température est à 38°6.

Curettage immédiat. Descente brusque de la température.

Sort guérie au bout de douze jours.

OBSERVATION XLIV

Vingt-six ans. Couturière. Trois grossesses normales. Avortement de cinq mois. La malade entre à l'hôpital au mois d'octobre 1905. Elle se plaint de douleurs. Elle a des pertes qui sont fétides, et la température est à 38°2.

On procède au curettage après chloroformisation.

Guérison au bout de vingt jours.

OBSERVATION XLV

Vingt et un ans. Journalière. Une grossesse antérieure normale. Avortement incomplet de cinq mois et demi. La malade a des hémorrhagies. La malade entre à l'hôpital le 6 octobre 1905.

On constate que le placenta est décollé en partie ; mais il reste quelques cotylédons enchatonnés dans la corne droite. Le placenta est friable ; on l'extrait par morceaux avec le doigt. La température est à 38°2. On pratique le curettage. Amélioration progressive.

Guérison au bout de quinze jours.

OBSERVATION XLVI

Vingt-neuf ans. Journalière. Une grossesse normale. Avortement de quatre mois. La malade entre à l'hôpital au mois de novembre 1905. Elle se plaint de douleurs, lochies légèrement fétides ; la température est à 38°

On pratique un curage digital suivi d'un curettage. Guérison au bout de sept jours.

OBSERVATION XLVII

Quarante ans. Lisseuse. Six grossesses à terme. Avortement le 30

novembre 1905. Rétention du placenta et des membranes. Elle entre le 7 décembre à l'hôpital. Se plaint de douleurs ; écoulement lochial assez fétide ; le 8 décembre la température est à 39°.

Curage digital et curettage, qui extrait des membranes à odeur fétide. Amélioration progressive. Guérison vingt jours après.

OBSERVATION XLVIII

Trente-cinq ans. Journalière. Une grossesse normale. Avortement incomplet de deux mois et demi le 20 mars 1906. Elle entre à l'hôpital dans un état général très mauvais ; le facies est terreux ; la peau sèche, la langue est blanche. Elle se plaint de douleurs violentes. Le pouls est à 112 pulsations. La température est à 36°7.

Sous chlcroforme, on pratique le curettage d'urgence. Le soir le pouls est à 120 et la température à 37°4.

Amélioration progressive. Guérison dès le dixième jour.

OBSERVATION XLIX

Vingt-quatre ans. Lisseuse. Avortement de deux mois environ le 22 mars 1906. Elle entre à l'hôpital le 23. Elle a un aspect cachectique, se plaint de douleurs et présente des pertes abondantes, ayant un peu d'odeur. On pratique le curettage sous chloroforme. Guérison complète au bout de vingt jours.

OBSERVATION L

Vingt-cinq ans. Ménagère. Deux accouchements normaux. Avortement de deux mois et demi ; rétention placentaire consécutive. Le 29 mars 1906 elle est prise de vomissements ; elle a des pertes sanguines abondantes. La température est élevée : 39°5, Le pouls bat à 130. Nombreux frissons.

Au toucher, on constate que le col est entr'ouvert ; le doigt sent un fragment placentaire dans l'utérus ; le doigt retiré offre une odeur fétide caractéristique.

Le 30 mars on fait un curage digital suivi d'un curettage. Le lendemain il n'y a plus de fièvre, ni d'odeur. La malade sort guérie quinze jours après.

OBSERVATION LI

Vingt ans. Domestique. Deux grossesses normales. Avortement de deux mois et demi. Rétention placentaire consécutive. La malade entre à l'hôpital au mois de mars 1906. On constate à son arrivée les signes d'une infection légère. La température est à 38°2

On fait un curettage. Guérison au bout de dix jours.

OBSERVATION LII

Trente-trois ans. Tailleuse. Trois grossesses normales. Avortement incomplet de deux mois. La malade entre à l'hôpital au mois d'avril 1906. Elle présente des pertes sanguines assez considérables, en même temps qu'une infection assez accentuée. La température est à 38°6, et le poulx bat à 120 pulsations.

On pratique le curettage. Guérison au bout de dix jours.

OBSERVATION LIII

Trente-trois ans, lisseuse. Une grossesse normale. Quatre avortements antérieurs. Avortement actuel de deux mois. Rétention placentaire consécutive. La malade entre à l'hôpital le 2 avril 1906.

On constate une infection déjà assez accentuée ; la malade se plaint de douleurs, et la température le 3 avril est à 39°4.

On pratique le curage digital, suivi d'un curettage. La température tombe à 37°6 le soir même. Amélioration progressive. La malade sort guérie vingt jours après le curettage.

OBSERVATION LIV

Trente-deux ans, journalière. Deux avortements antérieurs; trois accouchements à terme. Avortement actuel de deux mois et demi. Rétention placentaire. La température atteint 38°.

Le 15 avril 1906 on fait un curage digital, suivi d'un curettage. Amélioration progressive. Guérison vingt jours après le curettage.

OBSERVATION LV

Vingt et un ans, cordonnière. Avortement incomplet de trois mois. La malade entre à l'hôpital au mois de juin 1906. On constate une légère infection. La température est à 37°8.

Curettage. Guérison complète le neuvième jour.

OBSERVATION LVI

Vingt-six ans, journalière. Une grossesse normale. Avortement d'un mois, avec rétention placentaire. Elle entre à l'hôpital le 17 juin 1906. La malade a des pertes sanguines et une infection légère : la température est à 38°. Son état général est mauvais : elle a un facies décoloré. Elle se plaint de violentes douleurs dans les reins. On retire un tamponnement du vagin fait en ville, et qui, insuffisamment serré, a laissé écouler une grande quantité de sang. On retire par la même occasion quelques caillots d'odeur légèrement fétide.

On pratique un curage digital, puis un curettage après dilatation du col au moyen des bougies d'Hégar. On ramène ainsi des débris que le

doigt avait été impuissant à détacher. On termine par un écouvillonnage à la glycérine créosotée au tiers.

Le lendemain, la température est normale; le ventre n'est plus douloureux. Guérison complète au bout de vingt jours.

OBSERVATION LVII

Trente-six ans, cuisinière. Deux grossesses normales. Avortement de trois mois et demi environ, avec rétention placentaire consécutive. La malade entre à l'hôpital le 2 août 1906 déjà très infectée. Le poulx est petit; la malade a de nombreux frissons. Il existe un écoulement vulvaire à odeur infecte. La température le 3 août est de 39°.

Sous chloroforme on fait d'urgence un curage digital qu'on fait suivre d'un curettage. La curette ramène quelques débris que le doigt n'avait pu amener. Il se produit alors une hémorrhagie sérieuse qui nécessite un tamponnement. On fait à la malade une injection de sérum artificiel; on lui administre de la caféine et de l'ergotine. Le lendemain on enlève le tamponnement. Plus de frissons, plus d'odeur ni de température.

Guérison rapide sans incident. Au bout de vingt jours, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION LVIII

Trente-deux ans, ménagère; quatre grossesses à terme. Avortement de deux mois et demi, avec rétention placentaire. La malade entre à l'hôpital le 2 septembre 1906. Elle se plaint de douleurs et on constate un certain degré d'infection; la température est à 38°5.

On pratique un curage digital, que l'on fait suivre d'un curettage. Amélioration progressive. Guérison le quinzième jour.

OBSERVATION LIX

Dix-neuf ans, mécanicienne. Primipare. Avortement de deux mois et demi. Rétention placentaire. La malade entre à l'hôpital le 17 septembre 1906. On constate une infection légère ; la température atteint 38°2.

On fait un curage digital suivi d'un curetage. Guérison dès le douzième jour.

OBSERVATION LX

Vingt-sept ans, sans profession. Une grossesse à 7^e terme. Avortement incomplet de deux mois et demi. Entre à l'hôpital le 18 janvier 1907. La malade a une très forte fièvre : température à 39° ; elle a des douleurs très vives. Le pouls est très fréquent, à 134 pulsations.

Curage digital, suivi d'un curetage. Guérison très rapide. La malade sort guérie dix jours après.

CHAPITRE IV

Analyse des observations

Une première constatation ressort de la lecture des soixante observations. C'est que sur 60 cas, il n'y a eu que deux décès. Encore convient-il de faire remarquer que dans ces deux cas, le curettage a été pratiqué dans des conditions fort désavantageuses (Voir les observations XXX et XXXI). L'une et l'autre malades avaient perdu une quantité considérable de sang, et en plus, l'infection était généralisée. Le curettage, dans ces deux cas, a pour ainsi dire été pratiqué in-extremis. Pour ces raisons, il ne nous semble pas qu'il y ait lieu d'incriminer la curette. Dans l'observation XXX, il est vrai, les phlébités ont pour ainsi dire succédé au curettage. Il est possible que, dans ce cas particulier, la curette, en ouvrant les sinus utérins, ait contribué à lancer dans la circulation les éléments microbiens et les exsudats qui jusque-là ne faisaient qu'infiltrer la paroi utérine. Et il faut bien reconnaître que dans ce cas, le curettage n'aurait fait qu'exagérer une infection, qui, du reste, eût été, par elle-même, mortelle.

D'ailleurs dans l'Historique, nous avons pu voir que quelques auteurs s'étaient élevés contre le curettage tardif, en particulier le Professeur Pinard ; l'observation XXX vient fortement à l'appui de leur opinion.

Quelques observations sont plus particulièrement intéres-

santes au point de vue du curage digital. C'est ainsi que les observations I, XXII, XXVI, XXXVI, LVI, et LVII nous montrent que le curage digital a été impossible, soit parce que la dilatation du col n'était pas suffisante, soit parce que les adhérences placentaires étaient trop fortes. Dans tous ces cas, l'usage de la curette a permis de débarrasser l'utérus de son contenu, complètement et efficacement, sans qu'on ait eu recours à des manœuvres de dilatation ou autres. Nous croyons pouvoir en conclure que dans certains cas, le doigt, pour une raison ou pour une autre, est incapable d'enlever la totalité des débris placentaires ; que la curette au contraire, dans les mêmes cas, s'est montrée à elle seule suffisante et efficace.

D'autres observations sont intéressantes, au point de vue des hémorrhagies. Nous avons vu, dans l'Historique, bon nombre d'auteurs reprocher à la curette d'entraîner après elle des hémorrhagies. Les observations XVI et LVII montrent qu'en effet dans quelques cas, mais des cas rares puisque sur 60 c'est tout juste si nous en trouvons deux, une perte hémorrhagique même abondante peut suivre immédiatement le curettage. Dans les deux cas auxquels nous faisons allusion l'hémorrhagie a été abondante, et a nécessité un traitement énergique. Mais nous constatons aussi, que, malgré toute la gravité de l'hémorrhagie, il a suffi d'un traitement simple en somme pour l'enrayer.

Quant au reste des observations, nous constatons que tout s'est passé dans les conditions les meilleures. L'infection a été dans tous les cas enrayée d'une façon rapide. Il n'y a jamais eu de complications.

Enfin, et surtout nous ferons observer, que, dans aucun cas, nous n'avons trouvé de perforation utérine.

Cet ensemble de remarques nous amène à formuler les conclusions qui suivent.

CONCLUSIONS

I. Le curettage instrumental, appliqué comme traitement dans l'infection post-abortive par rétention placentaire, a été de tout temps un prétexte à des opinions contradictoires : les uns n'ont aucune confiance dans le doigt ; les autres ne se fiant qu'à lui, ne voient dans la curette qu'un instrument dangereux, dont ils préconisent l'abandon. D'un côté, comme de l'autre, on ne paraît voir que les avantages de sa propre méthode, et que les défauts de la méthode adverse.

II. Nous croyons, pour notre part, que doigt et curette, loin de s'opposer, se complètent l'un l'autre.

La curette est aveugle, c'est entendu ; elle peut être plus dangereuse que le doigt, en admettant qu'elle soit maniée d'une façon brutale et inexpérimentée. Mais elle nettoie mieux et plus complètement la paroi utérine.

Le doigt sent, il voit, a-t-on dit. Il est certainement moins dangereux que la curette. Mais il ne suffit pas dans tous les cas à enlever les débris placentaires, et il se fatigue rapidement pour peu que les contractions utérines soient énergiques et que le col utérin soit insuffisamment ouvert.

III. Dans le traitement de l'infection post-abortive, il convient dans la majorité des cas, de les employer successivement : en commençant par le doigt et en finissant toujours par la curette. On a ainsi le maximum de chances pour faire un nettoyage complet.

IV. Il est préférable de ne point pratiquer le curettage, lorsque l'infection sera déjà généralisée, qu'elle aura dépassé largement les parois utérines.

V. La curette, maniée dans ces conditions, ne nous paraît pas mériter les critiques graves qui lui ont été adressées et qui ne tendraient à rien moins qu'à son abandon.

Vu, bon à imprimer.

Le Président de la Thèse,
M. LEFOUR.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 21 mai 1907

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

ACKER. — Retained placenta after abortion. Am. J. of Obst. t. XVII, 1884.

ADRIET (PIERRE). — Contribution à l'étude du grattage de l'utérus. Thèse de Paris, 1885-1886.

AUDEBERT (JOSEPH). — De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortum. Thèse de Bordeaux 1889-90.

AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, 1898, 4^{me} édition.

BOISSARD. — Des avortements en général et de leur thérapeutique en particulier. Médecine moderne. Paris 1898, p. 121 et 129.

BOETERS. — Centralbl. für Gynæk. 1877.

BONNETBLANC (LOUIS). — Indications du curettage. Thèse de Paris, 1896-97.

BOREL. — Du curettage utérin dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse couche.

— — Lyon médical 1889, 10 nov., p. 365-373.

— — Archives de tocologie. Paris 1890, p. 89-97.

BOURGOGNE. — Conduite à tenir pendant la délivrance de l'avortement. Thèse de Paris 1890-91.

BOUTEIL (PROSPER). — Du curettage de l'utérus sans abaissement forcé à la vulve. Thèse de Paris, 1892-93.

BRINTON. — Abortion with retained placenta. Independ. Pract. N. Y. 1881.

BRUNEAU (JULES). — Etude sur les indications du curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris 1894-95.

- BUDIN. — De la conduite à tenir dans le cas de rétention du placenta après l'avortement. Progrès médical. Paris 1886, 27 nov., p. 1027-29. — Société obst. de Paris, 8 juillet 1897.
- CARNUS (JEAN). — Etude comparative des divers traitements de l'infection puerpérale. Thèse de Paris 1904-05.
- CARTERET — De l'écouvillonnage préventif dans l'avortement. Thèse de Paris 1899-1900.
- CASTAN J. — Curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires. Thèse de Paris 1888-89.
- CHAMPETIER DE RIBES. — Discussion sur la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortum. Compte rendu de la Société d'obst. gynéc. et péd. de Paris. Septembre 1906.
- CHARPENTIER. — Traité pratique d'accouchements. 1883.
- CHARTIER ANDRÉ. — Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus. Thèse de Paris 1888-89.
- CICCONI. — Dell'aborto infettivo ; studio clinico. Gior. intern. de Sc. méd. Napoli 1881.
- Comptes rendus de la Société d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie de Paris. Avril-Mai-Juillet et Novembre 1905, Mai et Juin 1906.
- CROCCO et LEBRUN. — Archives de tocologie et gynécologie. Paris 1892 p. 119-123.
- DEBLED PAUL. — Contribution à l'étude du curettage de l'utérus. Thèse de Paris 1893-1894.
- DENIS FRÉDÉRIC. — Quelques considérations sur le curettage précoce dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris 1894-1895.
- DESPRÉAUX PAUL. — Du curettage de l'utérus. Indication et technique. Thèse de Paris 1887-88.
- DOLERIS. — Conduite à tenir dans l'avortement. Nouvelles archives d'obstétr. et de gynécol. de Paris. Mars, mai, juin et juillet 1886, février et mars 1887. Bulletin de la Société obst. et gyn. de Paris, Novembre 1890.
- EBSTEIN. — Thèse de Paris 1872.
- FEHLING. — Ueber die Behandlung der Fehlgeburt in Stuttgart XIII Bd. p. 212.

- FIEUX. — Curage digital post-abortif. Bulletin médical, Paris 1898 p. 155-158 Société d'obst. et pédiatrie de Bordeaux. 22 avril 1902.
- FIÉ (ARSÈNE). — Etude sur une complication rare du curettage de l'utérus : rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris 1895-96.
- FRAIPONT. — A propos du traitement de l'avortement. — Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège 1898 p. 222-229.
- FRAISSE. — Doigt ou curette ? Revue clinique d'andrologie et de gynécologie. Paris 1898 p. 166-174 et 235-262.
- FREY (GEORGES). — De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétentions placentaires. Thèse Paris 1895-96.
- FURTIN (HENRI). — Indication du curettage en obstétrique et en gynécologie. Thèse de Paris 1903-04.
- GASTON (ARNAUD). — Curettage de l'utérus puerpéral. Thèse de Bordeaux 1892-93.
- GAULARD. — Avortement incomplet : curage et curettage. Presse médicale. Paris 1898 p. 497-501.
- GENESTEIX (ERNEST). — Du traitement des avortements. Thèse Paris 1885-86.
- GERBAUD (CHARLES). — De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement. Thèse de Montpellier 1885-86.
- GEVINNER. — The treatment of the placenta alter abortion. Tr. m. Ass. Georgia Atlanta 1884.
- GIRAUD. — Quelques observations sur la rétention placentaire post-abortive et son traitement. Thèse de Bordeaux 1897-98.
- GOILOT (GABRIEL). — De l'insécurité du curettage instrumental, dans la rétention placentaire. Thèse de Paris 1905-06.
- GUIDEZ (FERNAND). — Traitement par le curettage utérin de la rétention placentaire. Thèse de Lille 1893-94.
- GRYNFELTT. — Du curettage de l'utérus. — Nouveau Montpellier médical 1892, p. 404.
- HAMILTON. — Prolonged retention of the placenta. Med. and Surg. Reporter 1882.

- HAMON. — Contribution à l'étude du traitement des complications de l'avortement. Thèse de Paris 1893-96.
- HARTMANN ET TOUPET. — Conséquences de la rétention placentaire. — Annales de gynécologie. Avril 1895.
- HÉGAR. — Placenta retention. Berlin 1862.
- JOUIN (J.). — Contribution à l'étude du traitement de l'avortement incomplet. XIII^e Congrès international de médecine, section de gynécologie, Paris 1900, p. 368-371.
- KEHRER. — Klinische Beitrage auf vergl exper. Gerburkunde.
- LENOIR OLIVIER. — Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale. Thèse Paris 1897-98.
- LEPAGE. — De l'insécurité du curettage instrumental dans la rétention placentaire post-abortum. Compte rendu de la Soc. d'obst., gyn. de Paris 1906, p. 103-120. Annales de gyn. et d'obst. de Paris 1906, p. 321-336.
- LORIER (Félix). — Traitement de la rétention placentaire post-abortive non compliquée. Thèse de Paris 1902-03.
- LOUVET (Émile). — De l'intervention précoce et préventive dans les cas de délivrance incomplète. Thèse de Paris 1900-01.
- LUCAS (Charles). — Contribution à l'étude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet. Thèse de Paris 1895-96.
- MACDONALD. — *Obstétrical journ. of great Britain* 1880.
- MARMASSE (René). — Du curettage dans les accidents des suites de couche. Thèse de Paris 1894-95.
- MAYGRIER. — Traitement de l'avortement incomplet. Société obstétr. et gynécolog. de Paris 1897, p. 321-331.
- MIOT. — De la conduite à tenir dans la rétention placentaire à la suite de l'avortement. Thèse de Paris 1897-98.
- MIRASCHI. — Contribution à l'étude de la rétention du placenta. Nouvelles archives d'obst. et gynéc. 1887. Archives de tocologie, août 1888.
- MORLET A.). — Perforation de l'utérus post-partum et post-abortum. Thèse de Paris 1904-05.
- MOSER. — Dissert. inaugurale. Breslau 1884.

- PASTURAUD (JACQUES). — Curettage à la clinique Baudelocque. Thèse de Paris 1905-6.
- PATRU (C.). — Réflexion sur le curettage dans les suites d'avortement. *Revue médicale de la Suisse Romande*. Genève 1896, p. 5-14.
- PAQUY (E.). — De la délivrance hâtive dans l'avortement incomplet. *Bulletin général de thérapeutique*, etc. Paris 1897, p. 154-162.
- PICHEVIN. — Accidents causés par le curage utérin. *Annales de Gynécol.* 1895.
- PILLIET. — Le curettage de l'utérus. *Tribune médicale*, Paris 1897, p. 65-71.
- PINARD. — *Revue pratique d'obst. et de pédiatrie*. Paris, janvier et février 1902.
- PINARD et WALLICH. — *Traitement de l'infection puerpérale*, 1896.
- PRIESTLEY. — *Traus. of the Obst. Soc. t. III*, 1862.
- PUTTEMANS. — *Traitement de l'avortement incomplet*. *Gazette de gynécologie*, Paris 1900, p. 136-139.
- RAMBAUD (LOUIS). — *Rétention après l'accouchement et l'avortement*. Thèse de Paris, 1882-83.
- RASIS (J.). — *Indications du curettage et les accidents fébriles post-partum*. Thèse Paris, 1905-6.
- REBREYEND. — Thèse de Paris, 1900-01.
- RICHARD (JOSEPH). — *Contribution à l'étude des rétentions placentaires après l'avortement*. Thèse Paris, 1905-6.
- RIOU (EMILE). — *Divers traitements de l'infection puerpérale et curage digital*. Thèse Paris, 1901-2.
- RISS. — *Gazette de gynécologie*. Février 1907.
- SALLES. — *Traitement de la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement incomplet*. *Revue médicale de Normandie*. Rouen 1904, p. 77-82.
- SCANZONI. — *Beitragé auf Etiologie der Abortum in Wiener Zeitsch*, 1847.
- VEIT. — *Ueber die Behandlung die Fehlgeburt*.
- VERDIER (TH.). — *De l'opportunité et du choix d'une intervention dans l'avortement incomplet*. Thèse de Paris, 1904-5.

VIBERT (LOUIS). — Contribution à l'étude du traitement de la rétention placentaire dans l'avortement. Thèse de Paris, 1891-92.

WILLARD (LÉONCE). — Les accidents du curettage de l'utérus. Thèse Paris, 1898-99.

WISARD (ALBERT). — De l'intervention chirurgicale dans la rétention placentaire après l'avortement. Thèse Paris, 1887-88.
